

University of Groningen

Richtlijn 'screening en diagnostiek van het mammacarcinoom' (herziening).

Zonderland, H.M.; Tuut, M.K.; den Heeten, G.J.; Asperen, C.J.; de Bock, G.H.; Rutgers, E.J.; Westenend, P.J.; Smit, G.M.; Benraadt, J.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2008

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Zonderland, H. M., Tuut, M. K., den Heeten, G. J., Asperen, C. J., de Bock, G. H., Rutgers, E. J., Westenend, P. J., Smit, G. M., & Benraadt, J. (2008). Richtlijn 'screening en diagnostiek van het mammacarcinoom' (herziening). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(43), 2336-2339.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Richtlijn 'Screening en diagnostiek van het mammacarcinoom' (herziening)

H.M.Zonderland, M.K.Tuut, G.J.den Heeten, C.J.van Asperen, G.H.de Bock, E.J.Th.Rutgers, P.J.Westenend, G.M.Smit-Hoeksma en J.Benraadt* Zie ook de artikelen op b. 2317 en 2341.

- De evidence-based herziening van de richtlijn 'Screening en diagnostiek van het mammacarcinoom' was nodig vanwege nieuwe inzichten, zoals de kosteneffectiviteit van screeningsmethoden anders dan mammografie.
- Mammografie is de enige screeningsmethode die kan worden aanbevolen voor de hele bevolking. In Nederland worden alle vrouwen in het jaar dat zij 50 worden tot en met het jaar dat zij 75 worden daarvoor uitgenodigd. Omdat de incidentie van borstkanker toeneemt en de beeldkwaliteit verbeterd door het radiologisch digitaliseringsproces van het bevolkingsonderzoek wordt een pleidooi gehouden om de ondergrens van de screeningsleeftijd te verlagen, bij voorkeur naar 45 jaar.
- Screening met MRI is geïndiceerd voor draagsters van mutaties in de borstkankergenen.
- De meest voorkomende risicofactoren zijn opnieuw in kaart gebracht, met de aanbeveling dat screening buiten het bevolkingsonderzoek zinvol is bij een relatief risico (RR) van 4 of meer en bij familiale belasting vanaf een RR van 2. Bijkomende risico's maken nader genetisch onderzoek noodzakelijk.
- Het 'Breast imaging reporting and data system' (BI-RADS) wordt nu aanbevolen voor screening en diagnostisch beeldvormend onderzoek. Door de toepassing ervan evolueert de tripeldiagnostiek tot een consensus van chirurg, radioloog en patholoog.
- Okselechografie dient te worden verricht indien men een schildwachtklievingreep overweegt.
- MRI dient men te verrichten als de tumor niet betrouwbaar kan worden afgegrensd bij mammografie of echografie.
- Doordat het diagnostisch traject complexer, zwaarder en langduriger is geworden, lukt het niet altijd om de definitieve diagnose in één dag te stellen. Alle inspanningen moeten erop gericht zijn dit in hoogstens 5 werkdagen te doen.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2336-9

De richtlijn 'Screening en diagnostiek van het mammacarcinoom' uit 2000 is herzien op initiatief van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) en met ondersteuning van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en de Vereniging van Integrale Kankercentra.¹ Op 21 juni 2007 is de conceptrichtlijn in een landelijke bijeenkomst ter discussie gesteld en met meewegen van de com-

mentaren is de definitieve richtlijn vastgesteld. Deze richtlijn is gepubliceerd op de websites van de genoemde organisaties en daar staan ook alle specifieke literatuurverwijzingen.² De richtlijn is inmiddels als hoofdstuk 1 en 2 opgenomen in de integrale richtlijn 'Mammacarcinoom', waarin ook de behandeling wordt beschreven (www.oncoline.nl of www.cbo.nl).²

* Namens de werkgroep die de richtlijn voorbereidde en waarvan de deelnemers vermeld zijn op www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_mammac_2007.pdf en op www.oncoline.nl.

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Radiologie, G1-223.1, Postbus 22.660, 1100 DD Amsterdam.
Mw.dr.H.M.Zonderland, radioloog.
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Vakkern Evidence-Based Medicine en Indicatoren, Utrecht.
Mw.drs.M.K.Tuut, epidemioloog.
Landelijk Referentie Centrum voor Bevolkingsonderzoek op Borstkanker, Nijmegen.
Hr.prof.dr.G.J.den Heeten, radioloog.
Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Klinische Genetica, Leiden.
Mw.dr.C.J.van Asperen, klinisch geneticus.

Universitair Medisch Centrum Groningen, afd. Epidemiologie, Groningen.
Mw.dr.G.H.de Bock, epidemioloog,
Nederlands Kanker Instituut-Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, afd. Chirurgie, Amsterdam.
Hr.prof.dr.E.J.Th.Rutgers, chirurg.
Laboratorium voor Pathologie Dordrecht en omstreken, Dordrecht.
Hr.dr.P.J.Westenend, patholoog.
Waterland Ziekenhuis, afd. Chirurgie, Purmerend.
Mw.G.M.Smit-Hoeksma, master 'advanced nursing practice' (nurse-practitioner).
 Integraal Kankercentrum, Amsterdam.
Mw.drs.J.Benraadt, internist n.p.
Correspondentieadres: mw.dr.H.M.Zonderland (h.m.zonderland@amc.uva.nl).

Dit deel van de herziene richtlijn over screening en diagnostiek heeft een omvang van 62 pagina's. In dit artikel bespreken wij de belangrijkste gegevens.

SCREENING, ZELFONDERZOEK EN ANDERE SCREENINGSMIDDELEN

Screening is een manier om sterfte aan mammacarcinoom terug te dringen, maar het is niet mogelijk om met screening de vrouw tegen het mammacarcinoom te beschermen. In feite is mammografie het enige screeningsmiddel waarbij sterftereductie is vastgesteld bij voldoende kosteneffectiviteit. Hieruit volgt dat het bevorderen van periodiek borstzelfonderzoek niet kan worden aanbevolen als screeningsmethode. Dit is anders bij vrouwen met symptomen, aangezien bij deze groep wél een positieve relatie met daadwerkelijk aanwezige afwijkingen is aangetoond, vooral bij vrouwen ouder dan 40 jaar. Ook van klinisch borstonderzoek, toegepast als screeningsmiddel door een arts of andere gezondheidswerker, is geen bijdrage aan vroegdetectie van mammacarcinoom te verwachten. Een uitzondering hierop vormt het klinisch borstonderzoek na eerdere mamma-sporende therapie.

Screening met MRI resulteert bij jonge vrouwen met zeer sterk verhoogd risico op mammacarcinoom in de detectie van tumoren in een gunstiger stadium dan screening met mammografie. Daarom wordt geadviseerd screening met MRI toe te passen bij de draagsters van mutaties in de borstkankergenen BRCA1 en BRCA2.

LEEFTIJDGRENZEN VOOR SCREENING BINNEN HET BEVOLKINGSONDERZOEK

Screening binnen het bevolkingsonderzoek borstkanker vindt plaats bij vrouwen in het jaar dat zij 50 worden tot en met het jaar dat zij 75 worden. Uitbreiding naar de leeftijdsgroep van 40-49 jaar is opnieuw aan de orde gesteld, omdat de resultaten van een grote screeningsstudie in het Verenigd Koninkrijk onder 161.000 vrouwen bekend zijn geworden. Na een follow-up van gemiddeld 10,7 jaar werd daarin een sterftereductie gevonden, echter de resultaten waren niet statistisch significant. Hierbij speelt een rol dat de carcinoomincidentie bij vrouwen jonger dan 50 jaar toeneemt, waarbij de absolute incidentie in de groep van 45-49 jaar duidelijk hoger is dan in de groep van 40-44 jaar. Ons inziens zou men moeten beginnen met het bestuderen van screeningsmogelijkheden voor deze groep zodra het radiologisch digitaliseringsproces van het bevolkingsonderzoek is afgerond, mede omdat van deze digitalisering een verbetering van de beeldkwaliteit wordt verwacht.

RISICOFACTOREN EN SCREENING BUITEN HET BEVOLKINGSONDERZOEK

Er zijn veel risicofactoren bekend, zoals gevorderde leeftijd en mammacarcinoom in de familie, die een rol spelen in het ontstaan van mammacarcinoom, maar de mate waarin ze de kans op mammacarcinoom vergroten, varieert sterk. In de herziene richtlijn is een geactualiseerde tabel opgenomen (paragraaf 1.3.1; tabel 1) waarin relatieve risico's worden vermeld ten opzichte van de algehele populatie.²

Als hulpmiddel bij het stellen van de indicatie om te screenen zijn bovendien meerdere tabellen opgenomen in paragraaf 1.3.2. Een gezonde vrouw met een belaste familie-anamnese zoals beschreven in tabel 2 van de richtlijn komt in aanmerking voor screening buiten het bevolkingsonderzoek vanaf 40 jaar. Bij de familiäre en andere indicaties vermeld in tabel 3 van de richtlijn is de kans op het vinden van een mutatie in het BRCA1- of BRCA2-gen tenminste 10%. Daarom zijn in die situaties verwijzing naar een klinisch genetisch centrum en DNA-diagnostiek geïndiceerd, alvorens een goed screeningsadvies kan worden verstrekt. Bij een aangetoonde genmutatie dient verdere controle plaats te vinden op een polikliniek voor erfelijke en familiäre tumoren.

In vergelijking met de richtlijn uit 2000 zijn de screeningsadviezen aangescherpt: tot de indicaties voor screening buiten het bevolkingsonderzoek op borstkanker horen nu niet meer hormoonsubstitutie gedurende enige jaren en het hebben van een moeder of zus met postmenopauzaal mammacarcinoom, maar evenmin het hebben van een moeder of zus met premenopauzaal mammacarcinoom na het 35e levensjaar.

LANGETERMIJNFOLLOW-UP

Het aantal patiënten dat succesvol is behandeld voor mammacarcinoom en dat ontslagen wordt uit specialistische controle neemt sterk toe. Deze patiënten moeten tenminste tot hun 75e levensjaar gescreend worden op een locoregionaal recidief en op het optreden van een tweede primaire tumor.

Na mastectomie. De vrouw die een mastectomie heeft ondergaan, kan via de huisarts tweejaarlijks mammografie laten vervaardigen, maar zij kan ook terugkeren naar het bevolkingsonderzoek borstkanker.

Na een borstsparende ingreep. Als de vrouw een mamma-sporende behandeling heeft ondergaan, heeft tweejaarlijkse mammografische controle in het ziekenhuis de voorkeur, met aanvullend jaarlijks klinisch borstonderzoek door de huisarts.

Sinds 2000 wordt het gebruik van het 'Breast imaging reporting and data system' (BI-RADS) geadviseerd. De herziene richtlijn gaat hier uitgebreider op in dan die uit 2000, met aandacht voor de toepassing ervan zowel in de kliniek als bij het bevolkingsonderzoek op borstkanker. Aan een screeningsmammogram waarbij de patiënte voor verwijzing in aanmerking komt, kunnen de BI-RADS-categorieën 0 ('mogelijke afwijking, waarvoor nadere beeldvormende diagnostiek nodig is'), 4 ('waarschijnlijk maligne, maar niet typisch') en 5 ('zeer waarschijnlijk maligne') worden toegekend. De BI-RADS-categorieën 1 ('geen commentaar') en 2 ('eenduidig benigne') gelden als negatief screeningsresultaat. De BI-RADS-categorie 3 ('waarschijnlijk benigne') komt in de screening als uitslag niet in aanmerking, omdat deze categorie alleen mag worden toegekend nadat het noodzakelijke aanvullende beeldvormend onderzoek heeft plaatsgevonden. Het toekennen van de BI-RADS-categorie 3 blijft moeilijk en hierbij bestaat dan ook de grootste inter-observervariatie. Daarom wordt bij vrouwen met deze categorie de keuze tussen punctie of follow-up overgelaten aan het lokale mammateam. Bij afwijkingen met BI-RADS-uitslagen 4 en 5 dient in de kliniek in principe altijd pathologisch materiaal voor nader onderzoek afgenomen te worden.

Het toepassen van de BI-RADS-categorieën in de kliniek heeft invloed op de indicaties voor aanvullend pathologisch onderzoek. De negatief voorspellende waarde van BI-RADS 1 en 2 is zo hoog (97-100%) dat punctie op radiologische gronden niet meer geïndiceerd wordt geacht. Omdat het merendeel van de puncties onder beeldgeleide plaatsvindt, is ook het onderscheid tussen palpabele en niet-palpabele tumoren vervaagd. De inhoud van het begrip 'tripeldiagnostiek', dat voorheen stond voor palpatie, beeldvorming en cytologisch onderzoek bij iedere palpabele afwijking, is daardoor veranderd: de chirurg, de radioloog en de patholoog formuleren onafhankelijk hun oordeel, waarbij verder beleid wordt vastgesteld tijdens het multidisciplinair overleg. De keuze voor het type punctie, dat wil zeggen een cytologische of een histologische, kan ook worden aangepast aan de lokale omstandigheden. Het cytologisch onderzoek blijft vooral gehandhaafd doordat hierbij eendagsdiagnostiek mogelijk is.

INDICATIE VOOR OKSELDIAGNOSTIEK

Het uitvoeren van een schildwachtklierprocedure bij een mammacarcinoom met een klinisch negatieve axillaire lymfklierstatus is inmiddels gemeengoed geworden. Om het aantal schildwachtklierprocedures dat in tweede instantie toch moet worden uitgebreid met een axillaire lymfklier-

dissectie terug te dringen, wordt aanbevolen de diagnostiek van BI-RADS-4 en -5-afwijkingen te koppelen aan echografie van de oksel met echogeleide punctie als een klier met een schorsdikte van 2,3 mm of meer wordt gezien.

INDICATIE VOOR MRI

Op grond van inmiddels uitgebreide studieresultaten wordt MRI ingezet als screeningsmiddel bij genmutatiedraagsters. MRI is daarnaast geïndiceerd bij slecht afgrensbare tumoren bij mammografie of echografie, ter bepaling van de tumoromvang, zeker als een mammasparende behandeling wordt overwogen. Zowel invasief-lobulaire als invasief-ductale carcinomen en ductaal carcinoma in situ (DCIS) komen hiervoor in aanmerking. Met MRI bij een problematisch mammogram dient men terughoudend te zijn, omdat MRI pathologisch onderzoek niet overbodig kan maken. Men dient dan eigenlijk meteen tot punctie over te gaan.

Tenslotte wordt MRI steeds vaker ingezet ter bepaling van het effect van neoadjuvante systemische chemotherapie.

ORGANISATIE VAN DE MAMMAZORG

Sinds de richtlijn uit 2000 zijn het mammateam en de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen nagenoeg overal gemeengoed geworden. Taken met betrekking tot communicatie en psychosociale zorg kunnen uitstekend door de hoofdbehandelaar aan de mammacare-verpleegkundige of nurse-practitioner worden gedelegeerd.

Maar het diagnostisch traject is wel complexer en daardoor zwaarder en langduriger geworden, waardoor men lang niet altijd binnen één dag de diagnose kan stellen. Desondanks moet men ernaar streven om binnen hoogstens 5 werkdagen na de diagnostische tests de uitslag te geven.

CONCLUSIE

De kracht van de herziene richtlijn ligt in het verkregen inzicht dat enkele opvattingen en gebruiken onvoldoende evidence-based zijn om zonder meer voort te zetten. Dit geldt onder andere voor het periodieke zelfonderzoek, het klinisch borstonderzoek als screeningsmiddel en het te jong of te langdurig toepassen van screening buiten het bevolkingsonderzoek.

Natuurlijk zal het niet van de ene op de andere dag lukken om een routine waar zowel arts als patiënt aan gewend is, af te schaffen. Toch moet dit gestimuleerd worden, zodat tijd vrijgemaakt kan worden voor screening en diagnostiek bij de groep die het het hardst nodig heeft.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 28 december 2007

Literatuur

- 1 Richtlijn Screening en diagnostiek van het mammacarcinoom. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO; 2000.
- 2 Richtlijn Mammacarcinoom. Amsterdam: Nationaal Borstkanker Overleg Nederland; 2008.

Abstract

Revised practice guideline 'Screening and diagnosis of breast cancer'

- The evidence-based revision of the practice guideline 'Screening and diagnosis of breast cancer' was necessitated by new insights, for instance on the cost-effectiveness of screening modalities other than mammography.

- Mammography is the only screening modality that is recommended for the general population. In the Netherlands, women from 50-75 years of age are invited for screening. However, in view of the ongoing increase in the incidence of breast cancer and of the image quality advantages of radiological digitalization, a study on the decrease of the lower age limit – preferably 45 years – is recommended.
- Screening with MRI is indicated for carriers of breast cancer gene mutations.
- Evaluation of risk factors has resulted in a rearrangement of screening recommendations, based on relative risks (RRs): screening apart from the population screening is only recommended in case the RR is 4 or more and in patients with a positive family history in case of a RR of 2 or more. Additional risks require further genetic evaluation.
- The 'Breast imaging reporting and data system' (BI-RADS) is now recommended for both screening and diagnostic imaging. Its application has had an impact on the triple diagnostic approach, which has now evolved into a consensus between surgeon, radiologist and pathologist.
- Axillary ultrasound should be carried out if a sentinel node procedure is being considered.
- MRI should be included if the cancer cannot be reliably delineated on mammography or ultrasound.
- The increased complexity of the diagnostic work-up often means that the final diagnosis is not arrived within one day. Every effort should be made to achieve this goal within 5 working days.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2336-9